

桐生市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

(医療機関が2か所以上の場合、別に本書類を作成してください。)

申請者 記入欄	ふりがな		治療を受けた	生年月日
	申請者氏名		はい・いいえ	年 月 日
	ふりがな		治療を受けた	生年月日
	配偶者氏名		はい・いいえ	年 月 日

※申請者について下記事項の証明をお願いします。

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診断名		
	診療期間	年 月 日 ~	年 月 日		
	検査及び治療内容	1. 検査 () 2. 治療 ()			
	上記のとおり不育症治療を実施しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医氏名 印				
医療機関記入欄		保険薬局記入欄			
医療費	A: 被保険者負担額 (※詳細は裏面へ)	円	薬剤費	A: 被保険者負担額 (※詳細は裏面へ)	円
	B: 保険診療適用外負担額 (※詳細は裏面へ)	円		B: 保険診療適用外負担額 (※詳細は裏面へ)	円
	C: 受診者からの領収書合計 (A+B)	円		C: 受診者からの領収書合計 (A+B)	円
上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関の住所・氏名又は名称 印		上記のとおり、証明します。 年 月 日 保険薬局の住所・氏名又は名称 印			

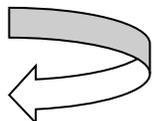
医療機関・保険薬局の方へ

※治療期間(1月1日から12月31日)内の不育症検査及び治療に要した費用を、医療機関と保険薬局別々に記入してください。

※領収書の合計金額と医療費C受診者からの領収書合計金額は、一致してください。

※文書料、入院時差額ベッド代、交通費、食事代等の不育症治療と認められない項目は対象外です。

※裏面を必ずご記入ください。



太枠のみ記入下さい

年 診療月	A：被保険者負担額内訳		市記載欄		B：保険診療適用外負担額内訳		市記載欄
	医療機関	保険薬局	①被保険者負担額 合計	①又は8万円の いずれか少ない額	医療機関	保険薬局	保険診療適用外 負担額合計
1月分	円	円	円	円	円	円	円
2月分	円	円	円	円	円	円	円
3月分	円	円	円	円	円	円	円
4月分	円	円	円	円	円	円	円
5月分	円	円	円	円	円	円	円
6月分	円	円	円	円	円	円	円
7月分	円	円	円	円	円	円	円
8月分	円	円	円	円	円	円	円
9月分	円	円	円	円	円	円	円
10月分	円	円	円	円	円	円	円
11月分	円	円	円	円	円	円	円
12月分	円	円	円	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円	円	円	円

市記載欄

A：被保険者負担額 助成対象金額	円	B：保険診療適用外 負担額合計	円	助成対象金額合計 (A+B)	円
---------------------	---	--------------------	---	-------------------	---